Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Thematisch toezicht geboortezorg: Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van '*Een goed begin*'

De stand van zaken in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) in Nederland op 1 november 2015

Utrecht, maart 2016

In een afsluitend onderzoek van een meerjarig toezichtproject op de geboortezorg heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg vastgesteld dat het veld een groot aantal adviezen uit het rapport '*Een goed begin*' met veel inzet heeft aangepakt. De samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen en andere beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg komt goed van de grond in Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). De inspectie constateert echter ook dat de zorg voor zwangeren in een achterstandssituatie in veel VSV's nog definitief moet worden ingevoerd. Hierbij is blijvende aandacht nodig voor het onderkennen van de behoefte aan extra zorg voor vrouwen uit een achterstandssituatie. Daarnaast is voor een optimale zorg voor deze kwetsbare zwangeren samenwerking tussen zorgverleners en gemeentelijke diensten voor welzijn en maatschappelijke zorg onmisbaar.

In het begin van dit millennium lieten twee Europese publicaties zien dat het aantal kinderen dat tijdens de zwangerschap of rond de geboorte overlijdt in Nederland relatief hoog was.[1-2] Daarom stelde de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de multidisciplinaire Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) in, die in 2010 het rapport *'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'* publiceerde.[3] Dit rapport geeft adviezen over de organisatie van de samenwerking van professionals rond zwangerschap en geboorte en benadrukt de noodzaak van effectievere preventie.

Gezien het belang van goede zorg rond zwangerschap en geboorte volgt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: inspectie) de ontwikkelingen naar aanleiding van het SZG-rapport nauwgezet (zie tabel 1). In 2014 concludeerde zij dat het veld de mogelijkheden voor verbetering uit het SZG-rapport nog te weinig benutte. Er was geen goede balans in de adviezen die wel of niet waren ingevoerd. In het bijzonder was er te weinig – op elkaar afgestemde, eenduidige - aandacht voor preventie en voor kwetsbare zwangeren.[4] De bezochte Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) bleken echter wel in staat de verbeteringen die de inspectie hen na de bezoeken vroeg, tot stand te brengen. Daarom riep de inspectie alle VSV's, dus ook de niet bezochte, op om de adviezen opnieuw te bekijken en waar nodig hun zorg te verbeteren, vooral bij de begeleiding van vrouwen in een achterstandssituatie, de kwetsbare zwangeren. Hierop heeft de minister het College Perinatale Zorg (CPZ) gevraagd hierin een regierol op zich te nemen.

Met deze nieuwe rapportage geeft de inspectie een beeld van de mate waarin het veld op 1 november 2015 de adviezen uit '*Een goed begin'* had gerealiseerd.

Conclusie inspectie

De zorg rond zwangerschap en verloskunde is sterk in beweging. Enerzijds is dit door een afname van het aantal locaties waar poliklinische en tweedelijns bevallingen mogelijk zijn, anderzijds doordat het opvolgen van de adviezen uit 'Een goed begin' leidt tot een veel nauwere samenwerking tussen eerste en tweede lijn en tussen verloskunde en kraamzorg.

De organisatie van de samenwerking is goed. In iedere regio rond een ziekenhuis waar bevallingen plaatsvinden is een VSV. De organisatie van dit VSV voldoet overal aan de SZG-adviezen. Alleen in een enkele regio waar de verloskundige zorg is of

wordt geconcentreerd en twee VSV's samengaan, was men nog bezig het VSV en de visie en doelstellingen opnieuw vorm te geven. Het fusieproces fungeerde hierbij als een stimulans om de gehele zorg rond zwangeren opnieuw onder de loep te nemen.

Volgens de antwoorden op de vragenlijst verloopt de samenwerking ook in de praktijk overal goed. Bij de bezoeken bleek echter dat dit niet altijd zo eenvoudig was. In de helft van de bezochte VSV's deden zich nog afstemmingsproblemen voor. De nauwere samenwerking leidt overal tot integratie van de zorg voor zwangeren, die in de praktijk in iedere regio anders vorm krijgt. Het varieert van een regelmatig overleg om de problemen van zwangeren te bespreken tot een gezamenlijke eerste afspraak voor iedere zwangere (intake) of integrale geboortezorg in een regionaal geboortecentrum. Integrale zorg kan gericht zijn op de zorg bij de bevalling op één locatie, of ook gezamenlijke zorg tijdens de zwangerschap waarbij het accent afhankelijk van de zorgvraag meer op begeleiding in de eerste of in de tweede lijn kan liggen.

De nauwere samenwerking leidt in een aantal regio's ook tot een afzijdig blijven van kleine eerstelijns praktijken en/of zelfstandige kraamverzorgenden. Zij willen, kunnen of mogen niet aansluiten bij het VSV, met als risico dat zij niet kunnen meedenken over het beleid en soms alleen staan bij de directe zorgverlening.

Ook arts-assistenten zijn in veel regio's niet betrokken bij het VSV-overleg. Hierdoor missen zij de kans om al tijdens hun opleiding te ervaren wat er – naast de directe zorg - bij samenwerking komt kijken.

De snelle ontwikkeling naar integrale geboortezorg roept ook weerstand op bij een groeiende groep vrouwen. Dit zijn vaak vrouwen die door hun levensvisie of eerdere ervaringen bij een bevalling zich niet thuis voelen in de reguliere geboortezorg. Zij zoeken hun hulp in de kleine praktijken die soms losstaan van het VSV. In het najaar van 2015 hebben KNOV en NVOG hiervoor een Leidraad uitgebracht die uitgaat van respect voor de wensen van de vrouw, ook als deze afwijken van de richtlijnen. Deze Leidraad biedt een handvat om samen met de vrouw en haar partner tot een goede oplossing te komen. In een aantal ziekenhuizen is hiervoor, in navolging van het AMC in Amsterdam, een "poli-op-maat" gestart.

Het beleid voor de acute zorg (parallelle actie) is zowel bij een onverwachte gebeurtenis thuis als op de verlosafdeling van een ziekenhuis overal vastgelegd en werkt in de praktijk goed. De gezamenlijke evaluatie van de zorg, die van belang is voor continue verbetering, staat nu overal op de agenda. In de meeste regio's vindt dit nu structureel plaats en in de overige is het voornemen dat dit in 2016 start.

Het beleid voor kwetsbare zwangeren heeft veel voeten in de aarde omdat professionals over veel onderwerpen afspraken moeten maken en omdat bij dit beleid ook partijen buiten de directe gezondheidszorg zijn betrokken. In 2015 is veel in gang gezet, maar dit moet in een aantal regio's in 2016 nog nader worden uitgewerkt. De samenwerking met gemeentelijke diensten voor maatschappelijke ondersteuning is in veel regio's nog versnipperd, al zijn er voorbeelden van een goede regionale samenwerking.

Handhaving

Al met al is de conclusie dat het veld een groot aantal adviezen uit '*Een goed begin*' met veel inzet heeft aangepakt. De samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen en andere beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg komt goed van de grond, maar de plannen voor de zorg voor zwangeren in een achterstandssituatie moeten in veel VSV's nog definitief worden ingevoerd. De inspectie beschouwt de

adviezen van het SZG-rapport niet als vrijblijvend. Zij acht blijvende aandacht nodig voor het onderkennen van de behoefte aan extra zorg, laaggeletterdheid en hulp bij het stoppen met roken. VSV's kunnen hierbij hulp zoeken bij bestaande hulpmiddelen en campagnes zoals de toolkit laaggeletterdheid voor huisartsen[5] of de recente campagne "Rookvrij opgroeien start in de buik" van Staatssecretaris van Rijn.[6]

- De inspectie verwacht van de VSV's dat zij in de loop van 2016 hun beleid voor kwetsbare zwangeren vaststellen en dit uitvoeren.

Er zijn veel verschillende samenwerkingspartners betrokken bij een zwangere en haar kind. Het is essentieel dat het gesprek tussen hen open is en blijft, ook bij problemen in de afstemming of bij onderlinge irritaties. Daarom is het belangrijk dat alle zorgverleners betrokken zijn bij het VSV. Dat geldt voor arts-assistenten die het samenwerken in hun opleiding moeten leren, en voor solistisch werkende verloskundigen en kraamverzorgenden. De inspectie beschouwt het als een risico voor verantwoorde zorg als zorgverleners niet zijn aangesloten bij het regionale overleg.
Het VSV moet een platform bieden waar ook vragen van zwangeren buiten de richtlijnen besproken kunnen worden.

- De inspectie verwacht van de VSV's dat zij voor het einde van 2016 arts-assistenten als deelnemer opnemen.
- De inspectie verwacht van de betrokken ziekenhuizen dat zij deelname aan het VSV nog dit jaar opnemen in het takenpakket van arts-assistenten van de verloskundeafdeling.
- De inspectie verwacht zowel van de VSV's als van de individuele zorgverleners dat zij de dialoog open houden en voorkomen dat zorgverleners in een isolement raken. Hiervoor moet tenminste jaarlijks een overleg plaatsvinden tussen het VSV en de niet aangesloten zorgverleners rond zwangerschap en geboorte.
- De inspectie verwacht van alle zorgverleners dat zij de wensen van vrouwen serieus nemen en respecteren en, indien deze wensen afwijken van de richtlijnen, handelen volgens de zorgvuldigheidseisen van de multidisciplinaire Leidraad van de KNOV en NVOG.[7]

Voor een optimale zorg voor kwetsbare zwangeren is samenwerking tussen zorgverleners en gemeentelijke diensten voor maatschappelijke zorg onmisbaar.

- De inspectie verzoekt gemeenten te komen tot afstemming, waardoor de samenwerking tussen verloskundige zorg en maatschappelijke ondersteuning lokaal en regionaal geregeld kan worden.

Vervolgacties van de inspectie

De inspectie sluit met dit rapport het thematoezicht op de zorg rond de geboorte. Zij volgt de verdere ontwikkelingen en de gevraagde aanpassingen in haar reguliere toezichtactiviteiten.

Bij een melding over calamiteiten in de zorg rond de geboorte beoordeelt de inspectie de regionale samenwerking nadrukkelijk als onderdeel van het onderzoek naar de oorzaken.

Onderbouwing

Werkwijze inspectieonderzoek

In 2011 startte de inspectie een themaonderzoek geboortezorg met een reeks toezichtactiviteiten naar aanleiding van de publicatie van '*Een goed begin*'. Tabel 1 geeft een overzicht van die eerdere inspectieonderzoeken en de werkwijze van dit laatste inspectieonderzoek.

Tabel 1. Werkwijze inspectieonderzoek geboortezorg

Eerdere inspectieonderzoeken	
2011	Schriftelijke vragenlijst voor ziekenhuizen: in een nota aan de minister concludeerde de inspectie: veld goed op weg met de normen uit '*Een goed begin*'[8]
2012	Na inspectiebezoeken bij 20 eerstelijns verloskundepraktijken publiceert de inspectie: Op weg naar een sluitende keten rond moeder en kind[9]
2012-2013	Tweedaagse inspectiebezoeken bij 20 VSV's: Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen.[10]
2013	Inspectiebezoeken aan de netwerken voor de geboortezorg rond 9 asielzoekerscentra: Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers.[11]
2013-2014	Schriftelijke vragenlijst aan alle kraamzorg- en JGZ-organisaties, gevolgd door 10 regiobezoeken: Verbetering nodig in de samenwerking tussen de kraamzorg en de JGZ voor verantwoorde geboortezorg.[12]
2014	Samenvattend eindrapport van het inspectieonderzoek naar de invoering van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte Utrecht: Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut.[4]
Werkwijze Vervolgonderzoek	
zomer 2014	Oproep alle VSV's om na te gaan in hoeverre zij voldeden aan het – op het SZG-rapport gebaseerde – toetsingskader[13] en waar nodig verbeteracties uit te voeren
najaar 2014	Elektronische vragenlijst om de stand van zaken per 1 januari 2015 te rapporteren[14]
november 2014	Selectie van VSV's voor een inspectiebezoek om na te gaan of/in hoeverre de antwoorden op de vragenlijst een goed beeld gaven van de dagelijkse praktijk
dec 2014-juni 2015	Inspectiebezoeken aan 13 VSV's
mei 2015	Spiegelrapport over resultaten vragenlijst en opdracht uiterlijk 1 november 2015 te bevestigen dat nog open staande onderwerpen verbeterd waren of een tijdstip waarop dit het geval zou zijn[15]
maart 2016	Brief met de stand van zaken per 1 november 2015

De selectie van te bezoeken VSV's gebeurde op basis van een risico-inschatting. Hiervoor werd, naast het aantal onderwerpen dat volgens de antwoorden op de vragenlijst niet aan het SZG-rapport voldeed, opnieuw een (voorgenomen) concentratie van bevallingen of andere bijzonderheden in de regio gebruikt. Om na te gaan of de antwoorden op de vragenlijst een goed beeld gaven van de dagelijkse praktijk selecteerde de inspectie ook twee VSV's die volgens de eigen opgave (vrijwel) alle adviezen van '*Een goed begin'* hadden uitgevoerd.

Het bezoekprogramma was gericht op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn met de focus op de zorg voor de kwetsbare zwangere en op onderwerpen die zich minder goed lenen voor een schriftelijke inventarisatie.

Resultaten

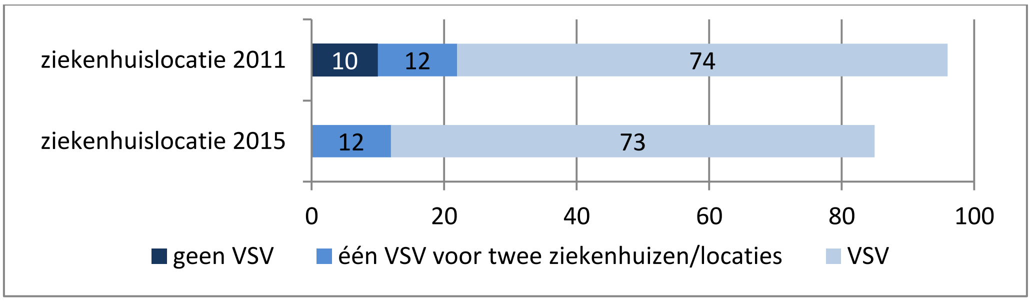
De resultaten zijn gegroepeerd in vier thema's: de organisatie van het VSV, samenwerking in de praktijk, de zorg voor de kwetsbare zwangere tijdens de zwangerschap en de zorg bij de bevalling. De weergegeven scores verwijzen naar het toetsingskader, dat is gebaseerd op de adviezen uit '*Een goed begin*'. Hierin lopen de scores op van A (voldoet niet aan de norm, het geadviseerde is niet aanwezig) naar B (het is aanwezig maar is er geen afstemming tussen de verschillende ketenpartners), C (voldoet aan het advies uit '*Een goed begin*') en D (voldoet aan het advies en is geborgd door een structurele evaluatie). De vragenlijst en het toetsingskader zijn beschikbaar op de website van de inspectie www.igz.nl/onderwerpen -> geboortezorg.[13,14]

Waar van toepassing krijgt een onderwerp een nadere uitleg over de verschillende wijzen waarop of het tempo waarin VSV's veranderingen tot stand brengen. Omdat de nadruk in dit deel van het onderzoek lag op het beleid voor de kwetsbare zwangere staan in dat hoofdstuk kadertjes met goede voorbeelden of knelpunten vanuit de VSV's.

Aantal ziekenhuizen met bevallingen en aantal VSV's

Toen de inspectie haar onderzoek startte in 2011 waren er 80 VSV's rond 96 ziekenhuislocaties waar bevallingen plaatsvonden. In 6 regio's was één VSV waar twee ziekenhuisafdelingen in vertegenwoordigd waren en in 10 regio's was er nog geen VSV.

Inmiddels is het aantal ziekenhuisafdelingen waar een bevalling kan plaatsvinden afgenomen naar 85. Er zijn 79 VSV's, waarvan 6 samenwerken met twee verloskundeafdelingen. Alle ziekenhuizen waar bevallingen plaatsvinden zijn inmiddels aangesloten bij een VSV.



Figuur 1. Aantal ziekenhuislocaties met bevallingen en aantal VSV's op 1 november 2011 en op 1 november 2015

De gerapporteerde gegevens betreffen alle 60 VSV's die niet al in een eerdere inspectieonderzoek werden bezocht (tabel 2). Het aantal inspectiebezoeken is hoger dan het aantal VSV's omdat in de loop van het onderzoek een aantal VSV's is gefuseerd. Daarnaast werd een enkele maal een herhalingsbezoek afgelegd.

Tabel 2. Onderzochte VSV's

	aantal VSV's	inspectiebezoeken
Inspectiebezoek en verbeteracties 2012-2013	19	21
Verantwoording gestuurd voorafgaand aan vragenlijst	1	
Vragenlijst 2014 ingevuld, geen inspectiebezoek	46	
Inspectiebezoek voorafgaand aan vragenlijst	2	2
Vragenlijst en inspectiebezoek	11	13
Totaal	79	36

Organisatie van het Verloskundig SamenwerkingsVerband

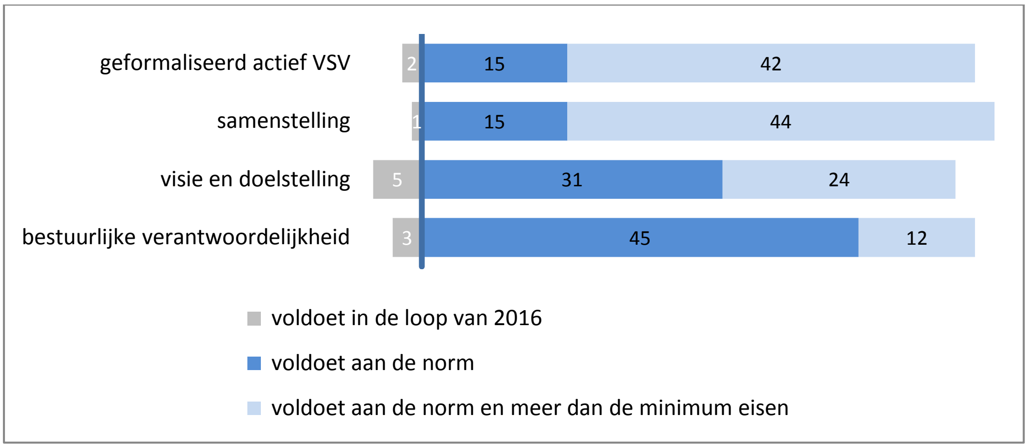
Het SZG-rapport beschrijft het VSV als een voorwaarde voor de invulling van samenwerking en integrale zorg en benoemt een aantal voorwaarden voor de organisatie van het VSV. In het inspectieonderzoek werden vier daarvan geadresseerd. Zie voor een omschrijving het toetsingskader op de website van de inspectie.[13]

Resultaten organisatie
Uit antwoorden op de vragenlijst bleek dat alle 60 regio's op 1 januari 2015 een geformaliseerd actief VSV hadden. Bijna overal was de samenstelling van het VSV conform de norm en waren de visie en doelstelling van het VSV omschreven. Alle VSV's hadden een multidisciplinair bestuur, al waren de taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers niet overal vastgelegd. Deze uitkomst betekende echter niet bij alle VSV's hetzelfde: sommige VSV's waren zelfkritisch, uit de toelichting op hun antwoorden bleek dat ze in januari 2015 al verder waren dan ze in de score aangaven, andere waren juist heel tevreden over zichzelf terwijl het in de toelichting erop leek dat het nog voornamelijk plannen betroffen.

Waar een VSV niet voldeed aan de adviezen uit het SZG-rapport vroeg de inspectie verbeteracties. Uit de verantwoordingsrapportages bleek dat de VSV's deze hadden uitgevoerd of hiermee bezig waren en dit in 2016 zouden afronden (figuur 2).

Zes VSV's hadden hulp van buiten ingeroepen om een nieuwe invulling aan het VSV te geven. Dit betrof deels regio's waar twee verloskundeafdelingen en de bijbehorende VSV's onlangs waren gefuseerd of daarmee bezig waren. Daarbij werd in het fusieproces aan een nieuwe visie gewerkt.

In een toelichting op de vragenlijst noemden 37 VSV's als sterk punt van hun samenwerking het toegenomen vertrouwen in en respect voor elkaar, 33 VSV's noemden het VSV een motivator voor ontwikkeling en verbetering van de zorg: *"Ondanks/dankzij het feit dat we een klein VSV zijn hebben we al veel zaken gemeenschappelijk ingericht." "Steeds professionelere ontwikkeling van gezamenlijk gedragen zorg en verantwoordelijkheid."*



Figuur 2. De organisatie van het Verloskundig Samenwerkingsverband op 1 november 2015 in 60 VSV's

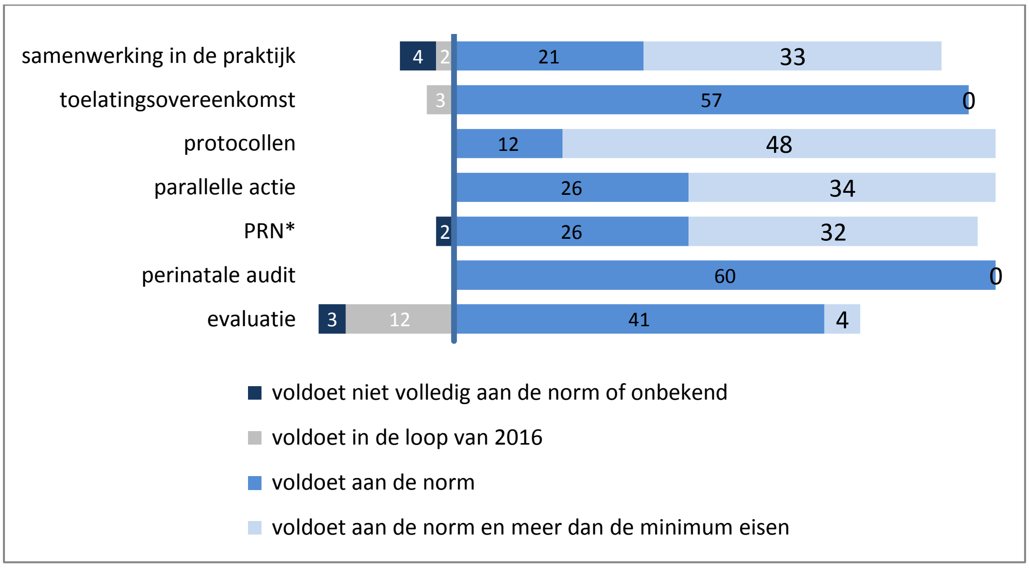
Toelichting samenstelling van het VSV
Het SZG-rapport noemt eerstelijns verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen (indien aanwezig), gynaecologen, tweedelijns verloskundigen, kinderartsen en kraamzorgorganisaties als essentiële deelnemers van een VSV.
In 2011 bestond een groot deel van de VSV's alleen uit eerstelijns verloskundigen en gynaecologen, soms aangevuld met een kinderarts en (als die er waren) verloskundig actieve huisartsen. In januari 2015 was dit vrijwel overal uitgebreid met klinisch verloskundigen en kraamzorgorganisaties, maar was de mandatering niet overal goed geregeld.
In november 2015 voldeed de samenstelling overal aan het SZG-advies inclusief mandatering. Kraamzorgorganisaties hebben zich hiervoor vaak verenigd, bijvoorbeeld in een KSV (Kraamzorgsamenwerkingsverband), van waaruit een gemandateerde vertegenwoordiger deel uitmaakt van het bestuur of van werkgroepen van het VSV. In enkele VSV's maken ook andere beroepsgroepen, zoals echoscopisten of de jeugdgezondheidszorg (JGZ), deel uit van het VSV; in andere worden zij op indicatie uitgenodigd.
Verpleegkundigen worden in het VSV vaak vertegenwoordigd door een organisatorisch of verpleegkundig manager, die besluiten aan de hele groep terugkoppelt. Arts-assistenten nemen zelden deel aan het VSV.

Samenwerking in beleid en in de praktijk

Het SZG-advies bevat specifieke voorwaarden voor de samenwerking in het VSV: afspraken over wat men van elkaar kan verwachten, over de onderlinge afstemming in acute en niet-acute situaties, het op lokaal niveau implementeren en uitvoeren van landelijke richtlijnen, en het evalueren van de verleende zorg.
In het inspectieonderzoek werden zeven van deze aspecten van samenwerking uitgevraagd.[13]

Resultaten samenwerking in de praktijk
In alle VSV's wordt multidisciplinair gewerkt aan protocollen die door alle betrokken disciplines werden onderschreven. Hierbij werden bijna 300 protocollen bij name genoemd waarvan de meeste over de begeleiding in de zwangerschap gingen.

Alle VSV's hadden een protocol hoe te handelen bij een acute situatie thuis of op de verloskamer van het ziekenhuis, het zogenoemde protocol parallelle actie. In meer dan de helft van de VSV's is vindt structurele evaluatie van parallelles acties plaats. In november 2015 bleken ook de laatste VSV's deel te nemen aan perinatale audits en daaruit voortkomende verbeteracties te monitoren.
Het gezamenlijk evalueren van de geboden zorg, wat in januari 2015 in meer dan de helft van de VSV's nog niet gebruikelijk was, stond nu overal op het programma en was in de meeste VSV's gestart (figuur 3).



Figuur 3. Samenwerking in het Verloskundig Samenwerkingsverband op 1 november 2015 in 60 VSV's

Toelichting samenwerking in de praktijk
De samenwerking in de praktijk bleek op grond van alleen een vragenlijst niet goed te beoordelen. Afgezien van één VSV dat antwoordde dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn niet optimaal verliep, antwoordden alle VSV's dat de samenwerking goed was. Bij de inspectiebezoeken bleek echter dat in bijna de helft van de bezochte VSV's de samenwerking nog wel haken en ogen kende. Alle bezochte VSV's hadden op de vragenlijst ingevuld dat de samenwerking in de praktijk goed verliep, maar bij vijf van de dertien werden tijdens het bezoek problemen in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, tussen de verschillende beroepsgroepen binnen de tweede lijn en/of tussen verschillende praktijken in de eerste lijn genoemd.

Dit gold niet voor de directe patiëntenzorg waar de samenwerking meestal goed verloopt. Alleen bij een ziekenhuis met veel arts-assistenten (aios) verliep de communicatie over het te volgen beleid bij een individuele zwangere niet altijd goed. Enerzijds leken aios volgens eerstelijns verloskundigen niet altijd goed op de hoogte van de beleidsafspraken. Anderzijds was het contact door het grote aantal vaak wisselende aios soms eenmalig, waardoor geen goede samenwerkingsrelatie kon worden opgebouwd.
Ook zijn er in enkele regio's één of meer, veelal kleine, eerstelijns praktijken die niet echt meedoen in het VSV. Bijvoorbeeld omdat zij beleid gericht op integratie

van verloskundige zorg afwijzen. Over de begeleiding van een individuele zwangere uit deze praktijken verloopt de discussie soms moeizaam.

De tijdens de inspectiebezoeken genoemde problemen gingen meestal over beleidsafspraken, zoals
- er is weinig inbreng van gynaecologen;
- protocollen worden niet altijd gelijk geïnterpreteerd;
- in het ziekenhuis zijn er per eerstelijns praktijk verschillende beleidsafspraken, bijvoorbeeld over het beleid bij serotiniteit;
- gynaecologen en eerstelijns verloskundigen werken aan een plan om bepaalde zaken meer aan eerstelijns verloskundigen over te laten, aios en klinisch verloskundigen zien hierin risico's omdat de verantwoordelijkheid dan niet duidelijk is en zij hierdoor te maken krijgen met te veel mensen, die zij niet goed kennen;
- eerstelijns verloskundigen vinden dat te veel zwangeren onnodig in de tweede lijn worden gehouden, gynaecologen en klinisch verloskundigen spreken dit tegen; cijfers hierover worden niet bijgehouden;
- VSV-afspraken over het verwijsbeleid worden door sommige verloskundigen als een (mede door zorgverzekeraars) opgelegde dwang gevoeld;
- verschillen in beleid zijn niet altijd goed bespreekbaar;
- een deel van de eerstelijns praktijken heeft zich verenigd in een coöperatie of in een eerste-tweedelijns samenwerking gericht op integrale zorg of geboortecentrum; niet-aangesloten praktijken hebben hierdoor een informatieachterstand en minder invloed op de ontwikkelingen en kunnen zich niet altijd verenigen met de gemaakte afspraken;
- binnen het ziekenhuis is de werkrelatie hiërarchisch waardoor medewerkers elkaar soms minder goed kunnen aanspreken.

De VSV's hebben wel oog voor deze problemen. Meerdere VSV's hebben hiervoor hulp van een extern bureau aangetrokken of hebben een externe voorzitter voor het VSV-bestuur.
In één regio was het inspectiebezoek hiervoor de directe aanleiding. Hier noemde het VSV-bestuur het een eyeopener dat er uit de gesprekken met de inspectie zo'n duidelijk verschil bleek tussen het VSV-bestuur en een aantal leden over hoe de samenwerking binnen het VSV werd ervaren. Zij hebben naar aanleiding hiervan de hulp van een extern bureau ingeroepen.

Anderzijds waren er ook positieve reacties over de samenwerking. Door de vele contacten hebben verloskundigen en gynaecologen elkaar beter leren kennen en meer waardering gekregen voor elkaars manier van werken. Hiervoor waren het werken in protocollenwerkgroepen en vooral de goede sfeer bij de perinatale audits belangrijk. Ook de samenwerking bij het opzetten van een geboortecentrum of een andere vorm van geïntegreerde zorg werkte als een stimulans om elkaar beter te leren kennen en begrijpen. Onder de inspectiebezoeken waren twee regio's waar men bezig was twee VSV's samen te voegen vanwege een (voorgenomen) concentratie van de bevallingszorg. Hier bleek de nadere kennismaking met het naburig VSV een goede bron voor nieuwe inzichten en beleidsafspraken.

Toelichting parallelle actie
In een brief van 9 juni 2011 heeft de minister van VWS aan alle betrokkenen laten weten dat zij verwachtte dat het veld met het formaliseren van de parallelle actie aan de slag ging.[16] Dat wil zeggen dat er afspraken zijn hoe in een onverwachte spoedsituatie van een zwangere of barende thuis, de benodigde acties in het

ziekenhuis op te starten parallel aan het transport van patiënte naar het ziekenhuis. In november 2011 antwoordden de meeste VSV's op een vragenlijst van de inspectie dat zij dergelijke afspraken nog niet hadden. Hierop heeft de inspectie deze VSV's gevraagd voor 1 juli 2012 te rapporteren hoe zij dit dan wel geregeld hadden. In juli 2012 had vervolgens driekwart van de VSV's afspraken voor de parallelle actie vastgelegd en de overige schreven dat bespreking hiervan was gestart. Inmiddels hebben alle VSV's niet alleen sluitende en werkende afspraken voor de parallelle actie bij een acute situatie in de thuissituatie maar hebben zij ook geregeld hoe onnodig tijdverlies voorkomen wordt als een acute situatie binnen het ziekenhuis ontstaat.

Beleid voor (kwetsbare) zwangeren

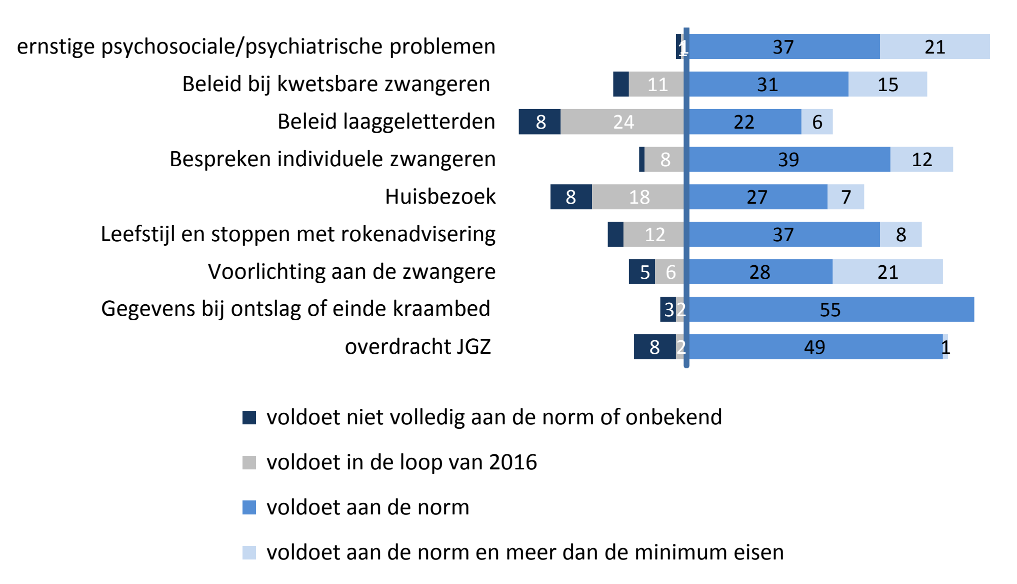
Bij calamiteiten in de verloskunde blijkt het ontbreken van continuïteit van zorg tijdens de zwangerschap vaak een rol te spelen, zowel tussen de eerste en tweede lijn als binnen de praktijk of het ziekenhuis. Dit klemt nog meer bij de begeleiding van een kwetsbare zwangere. Het SZG-rapport noemt het tijdig signaleren en inschatten van risico's onmisbaar voor een gunstige uitkomst van zwangerschap en geboorte. Het gaat daarbij niet alleen om medische risico's, maar ook om risico's die voortvloeien uit leefstijl, huisvesting, armoede en (psycho)sociale factoren. Bij de inspectiebezoeken in 2012 en 2013 bleek dat structurele, VSV-brede, aandacht voor kwetsbare zwangeren nog onvoldoende van de grond was gekomen. In haar rapport over deze bezoeken riep de inspectie VSV's, het CPZ en de beroepsgroepen op om hiermee onverwijld aan de slag te gaan. Het vervolgonderzoek waarover deze rapportage gaat legde de focus dan ook vooral op het beleid voor de kwetsbare zwangere. Rond dit thema werden negen normen geadresseerd.

Resultaten beleid voor kwetsbare zwangeren
Het veld is nu inderdaad aan de slag gegaan. In januari 2015 gaf de helft van de VSV's nog als antwoord dat zij geen beleid hadden voor kwetsbare zwangeren. Inmiddels hebben bijna alle VSV's een gecoördineerd beleid voor vrouwen met ernstige psychosociale problemen of verslavingsproblemen. Dit is meestal in de vorm van een POP-poli of POP-overleg.[1] Ook voor het beleid voor vrouwen die door afkomst, opleiding, inkomen of sociale vaardigheden in een achterstandssituatie zijn, is veel meer aandacht. Dit moet echter in een aantal VSV's in 2016 nog zijn beslag krijgen in een gezamenlijk beleid (figuur 4).
Hierbij is er wel steeds meer aandacht voor specifieke onderwerpen die juist voor vrouwen in een achterstandssituatie van belang zijn, zoals het signaleren van problemen, het bespreken van individuele zwangeren en een goede overdracht van gegevens naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ) als de verloskundige zorg wordt afgesloten. Er is meer aandacht voor laaggeletterdheid dan aan het begin van 2015, maar effectief beleid moet op veel plaatsen nog van de grond komen. Dit geldt ook voor de hulp bij stoppen met roken, waar in een aantal VSV's nog iedere beroepsgroep een eigen beleid heeft dat niet op elkaar is afgestemd en waar niet iedereen gelooft in de haalbaarheid.

Een gestructureerde overdracht naar de JGZ is nu bij de meeste VSV's gebruikelijk. Het vroegtijdig inschakelen van JGZ of gemeente bij sociale problemen kent echter

1 POP: psychiatrie, obstetrie en pediatrie

als probleem dat de mogelijkheden verschillen van gemeente tot gemeente ook binnen dezelfde regio.



Figuur 4. Beleid voor (kwetsbare) zwangeren in het Verloskundig Samenwerkingsverband op 1 november 2015, in 60 VSV's

Toelichting beleid voor kwetsbare zwangeren

Het opzetten van een VSV-breed beleid voor kwetsbare zwangeren heeft veel voeten in de aarde. De wijze waarop VSV's dit aanpakken is heel verschillend, zo bleek uit de toelichtingen op de vragenlijst en uit de inspectiebezoeken. Voorbeelden hiervan zijn in kaders in de tekst opgenomen.

Herkennen

Kern van het beleid is dat de verloskundige zorgverlener het moet 'zien'. Alle zorgverleners benadrukken dat herkenning eigenlijk al zou moeten plaatsvinden vóór een vrouw zwanger wordt. In de praktijk stuit het hiervoor opgezette preconceptieadvies (PCA) echter op praktische problemen. De NZa beschouwt het algemene preconceptieconsult als selectieve preventie die niet behoort tot de te verzekeren prestaties.[17] De eigen bijdrage hiervoor vormt voor veel vrouwen een drempel en daarnaast speelt dat de doelgroep slecht wordt bereikt. In Amsterdam is voor dat laatste een effectieve oplossing gevonden.

"In het kader van Healthy Pregnancy for all (HP4all) heeft de gemeente een gerichte mailing gestuurd aan alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd en hebben de verloskundigen hiervoor avondspreekuren ingesteld. Dit heeft geleid tot een grote toeloop, met een deelname van 30 %. De indruk van de verloskundigen is dat de betreffende vrouwen aan het begin van de zwangerschap duidelijk beter geïnformeerd zijn."

Als de vrouw eenmaal zwanger is vragen verloskundigen en gynaecologen haar over het algemeen voor de intake een vragenlijst in te vullen. De meeste VSV's hebben nu ook afspraken waarbij alle zorgverleners in de regio dezelfde vragenlijst gebruiken die naast vragen over gezondheid en eerdere zwangerschappen inzicht geeft in het bestaan van eventuele psychosociale risico's. Dat kan variëren van een

methode gebaseerd op *Healthy Pregnancy for All* (HP4all), *Mind2Care* of een zelf ontwikkeld screeningsinstrument.

> *"We hebben een VSV-breed beleid voor kwetsbare zwangeren met als uitgangspunt dat iedere zwangere 'er mag zijn'; de hulp is niet oordelend, maar gaat uit van kansen. Gebruik van drugs en HIV worden beschouwd als een signaal voor de aanwezigheid van sociale problemen."*

Een aantal VSV's heeft echter nog geen instrument ingevoerd of het *HP4all* weer stop gezet. Zij wachten op onderzoeksresultaten, omdat zij geen nieuw beleid willen invoeren waarvan de effectiviteit niet is bewezen. De meeste VSV's voelen het signaleren van behoefte aan extra zorg wel als een onlosmakelijk onderdeel van de geboden zorg rond zwangerschap en bevalling.

Verloskundigen en gynaecologen worden in toenemende mate geconfronteerd met vrouwen die zich binnen de gewone zorg niet goed thuis voelen en die speciale wensen hebben voor de begeleiding van hun zwangerschap en bevalling. Zij zoeken vaak hulp in kleine praktijken die soms losstaan van het VSV. In het najaar van 2015 hebben de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de Leidraad 'Verloskundige zorg buiten richtlijnen' uitgebracht die uitgaat van respect voor de wensen van de vrouw, ook als deze afwijken van de richtlijnen. Deze Leidraad biedt een handvat om samen met de vrouw en haar partner tot een goede oplossing te komen.[7] In een aantal ziekenhuizen is hiervoor, in navolging van het AMC, een aparte polikliniek gestart, waarnaar ook andere VSV's soms zwangeren verwijzen.

> *"Ten behoeve van zorg op maat voor alle zwangeren hebben we meerdere initiatieven waaronder de Zorg poli POM. Dit is een Poli-op-maat voor vrouwen met een zorgvraag buiten de verloskundige indicatielijst."*

Begeleiden

Alle VSV's werken aan een gezamenlijk beleid hoe om te gaan met zwangeren bij wie een extra zorgbehoefte is herkend. Voor de begeleiding van de individuele zwangeren varieert dat van een gezamenlijke eerste afspraak (intake) voor alle zwangeren ongeacht de indicatie, tot een regelmatig (wekelijks of maandelijks) multidisciplinair overleg (MDO) over zwangeren bij wie problemen die extra zorg vragen zijn gesignaleerd. In dit MDO wordt besproken wie bij de begeleiding betrokken moet zijn en hoe het zorgpad er uit ziet dat aan de zwangere wordt voorgelegd. Bij dit overleg en bij de begeleiding zijn veel partijen betrokken, naast de gezondheidszorg ook maatschappelijke ondersteuning.

In een aantal regio's worden bij de begeleiding ook groepsconsulten ingezet. Hier formuleren zwangeren zelf hun zorgvraag en kunnen zij elkaar informeren en corrigeren, met de verloskundige als mediator. Ook na verwijzing naar de tweede lijn kunnen zwangeren de groepsbijeenkomsten blijven bezoeken.

> *"De groepsconsulten dragen bij aan de zelfstandigheid en kennis over de zwangerschap en gezonde leefwijze. Dat is vooral belangrijk voor vrouwen in een achterstandssituatie omdat zij hierover niet veel meekrijgen in hun eigen omgeving."*

Het verschillende inkoop beleid van gemeenten werd meermaals genoemd als knelpunt voor een multidisciplinaire begeleiding. Hierdoor moeten zorgverleners binnen één regio verschillende oplossingen zoeken voor een zelfde sociaal probleem.

> *"We hebben in het VSV een intensief overleg over de samenwerking met de JGZ. In sommige gemeentes wordt Stevig Ouderschap aangeboden; in andere niet. Dat – en de gewijzigde financieringsstructuur - vraagt om (aanpassing van) zorgpaden per gemeente."*

De provincie Utrecht laat zien dat het 'ontschotten' tussen gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning wel mogelijk is.

> *"Met de toetreding van de laatste vier geboortezorg-organisaties op 26 januari 2016, is volgens de GGD regio Utrecht binnen een jaar na de start een regio-dekkende keten in de geboortezorg ontstaan in de provincie Utrecht. Alle eerstelijns verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en tweedelijns verloskundig zorgverleners in de provincie Utrecht, werken samen bij het bieden van zorg voor ouders en kinderen".* [2]

Toelichting laaggeletterdheid

Begin 2015 had ruim driekwart van de VSV's nog geen specifiek VSV-breed beleid voor het signaleren van en het omgaan met laaggeletterdheid. Dit werd bij de bezoeken bevestigd. In de gesprekken bleken zorgverleners over het algemeen geen van allen een idee te hebben over de frequentie van voorkomen. Het was niet bekend hoe laaggeletterdheid herkend kan worden of welke hulpmiddelen er zijn. Ook in het VSV dat op de vragenlijst het beleid voor laaggeletterden als voldoende had opgegeven bleek dit in werkelijkheid niet het geval te zijn. Zorgverleners besteedden hier in de praktijk wel aandacht aan het herkennen van laaggeletterde zwangeren, maar gebruikten geen structurele toets en een deel van de gesprekspartners kende hiervoor ook geen specifieke instrumenten. Ook was er geen aangepast voorlichtingsmateriaal.

Uit de verantwoordingsreacties van november 2015 blijkt dat hiervoor inmiddels in bijna alle VSV's aandacht is. Er zijn voorlichtingsavonden geweest en instrumenten zoals de toolkit van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)[5] zijn nu op veel plaatsen bekend. De eerder genoemde vragenlijsten die bij het eerste consult worden gebruikt zijn niet voldoende specifiek voor het signaleren van laaggeletterdheid en de extra aandacht beperkt zich soms nog tot 'nagaan of ze kan lezen als ze de vragenlijst bij de intake niet heeft ingevuld'.

> *"In het najaar heeft de KNOV op een VSV-bijeenkomst in onze regio een presentatie gehouden over laaggeletterdheid en is een handreiking uitgereikt. Dat het bij 1 op de 9 mensen voorkomt was een eyeopener voor de meeste aanwezigen en bij de intake wordt hieraan nu meer aandacht gegeven."*

Toelichting stoppen met roken begeleiding

Tijdens de inspectiebezoeken in 2012 en 2013 bleek de begeleiding bij het stoppen met roken vrijwel alleen in de eerste lijn aandacht te krijgen. Blijkens de antwoorden op de vragenlijst was dit begin 2015 nog niet veranderd. De meeste VSV's antwoordden dat hiervoor wel een gestructureerde aanpak was in (een deel van) de eerste lijn, maar niet in de tweede lijn. Waar dat wel het geval was, sloot

2 http://www.rtvrondevenen.nl/nieuws/4441-alle-geboortezorg-organisaties-provincie-utrecht-werken-samen

het beleid van de tweede lijn meestal niet aan op dat van de eerste lijn. In november 2015 rapporteerde driekwart van de VSV's wel een VSV-breed beleid en waren de overige bezig dit op te zetten. Hierbij werd vaak de 'Handreiking voor VSV's' van het Trimbos instituut genoemd die in 2014 werd gepubliceerd.[6] Zo zet een VSV 'stoppen met roken coaches' in en is beleid "Rookvrij? Allebei" gestart. In een ander VSV bestaat de wens het stoppen met roken onder te brengen in een *lifestyle* poli, waar een diëtiste al adviezen over voeding en gewichtstoename geeft. Ook kraamzorg besteedt aandacht aan stoppen met roken vanuit het recht op een rookvrije werkomgeving voor de kraamverzorgende en als voorbeeldgedrag. Knelpunt is dat veel professionals de motivatie om te stoppen met roken als gering beschouwen of het de eigen verantwoordelijkheid van de zwangere vinden. Daarnaast wordt in de eerste lijn soms niet aangedrongen op stoppen met roken uit vrees voor het verlies van cliënten.
De eigen bijdrage is vaak een drempel voor verwijzing naar een stop-poli of deelname aan een stoppen met rokenprogramma.

Beleid bij de bevalling

In het SZG-advies staan voorwaarden waaraan voldaan moet worden voor een verantwoorde begeleiding en bewaking tijdens de bevalling. Moeder en kind moeten kunnen rekenen op voldoende, aantoonbaar deskundige professionals die in hun samenwerking weten wat ze van elkaar kunnen verwachten. Dit geldt zowel voor een klinische tweedelijns bevalling als voor een eerstelijns bevalling ongeacht of die thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch plaatsvindt. Deze voorwaarden waren niet opgenomen in de vragenlijst. Zij werden tijdens de inspectiebezoeken onderzocht voor zover het bevallingen in het ziekenhuis betrof.

Resultaten beleid bij de (klinische) bevalling
In alle bezochte ziekenhuizen is 7x24 uur een geautoriseerd obstetrisch professional (GOP) aanwezig en in 2016 zullen ook alle bezochte ziekenhuizen een beleid hebben om piekdrukte op te vangen. De gynaecoloog is in alle ziekenhuizen binnen 15 minuten aanwezig, in twee van de bezochte ziekenhuizen is 7x24 uur een gynaecoloog. in het ziekenhuis. In twee ziekenhuizen was de verpleegkundige bezetting voldoende voor een één op één begeleiding. In de overige noemden de leidinggevenden de verpleegkundige bezetting voldoende, maar in vier ziekenhuizen werd dit door O&G-verpleegkundigen en kraamverzorgenden als beperkt ervaren. Alle bezochte ziekenhuizen hebben een beleid om de bevoegdheid en bekwaamheid van medewerkers te borgen en hebben een duidelijke taakafbakening tussen de verschillende disciplines en tussen eerste en tweedelijns zorg.

Toelichting bij pijnbeleid bij de bevalling
Bij de inspectiebezoeken in 2012 en 2013 ontdekte de inspectie dat ziekenhuizen op grote schaal een pijnbehandeling met gebruik van remifentanil zijn gaan toepassen. Dit gebeurde zonder, of met sterk variërende, voorwaarden voor een veilig gebruik. Het bleek dat remifentanil niet was geregistreerd voor gebruik bij bevallingen. Het bleek ook dat de NVOG-richtlijn voor pijnbehandeling bij de bevalling waarschuwde voor risico's bij een onzorgvuldige toepassing. Na overleg met de betrokken wetenschappelijke verenigingen is een aanvulling op de richtlijn gemaakt, waarin duidelijke randvoorwaarden voor een veilig gebruik zijn opgenomen.[18]
Bij de inspectiebezoeken in 2014 en 2015 bleek deze aanvulling in alle ziekenhuizen bekend. De afspraken over de bewaking bij gebruik van remifentanil zijn

aangescherpt. De extra verpleegkundige bewaking werd als een belasting gevoeld, maar is inmiddels overal ingevoerd. In een aantal regio's leidde het ook tot een herwaardering van de epidurale anesthesie die weer als middel van eerste keus wordt genoemd.

Afkortingen

CPZ	College Perinatale Zorg
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen
KSV	Kraamzorg Samenwerkingsverband
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MDO	Multidisciplinair overleg
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAN	Perinatale Audit Nederland
PCA	preconceptie advies
POP-poli	psychiatrie, obstetrie en pediatrie spreekuur
PRN	Perinatale Registratie Nederland
SZG	Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
VAH	Verloskundig actieve huisarts
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Referenties

1. Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. Ned Tijdschr Geneeskd 2004; 148(38):1855-1860.
2. EURO-PERISTAT*. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. European Perinatal Health Report. Parijs, 2008.* www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report2004.html
3. Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag, januari 2010.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut. Utrecht, juni 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
5. LHV. Toolkit Laaggeletterdheid. https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid zie ook de websites van de Alliantie gezondheidsvaardigheden (www.gezondheidsvaardigheden.nl/tips-tools/) of van de stichting Lezen en schrijven (www.lezenenschrijven.nl/aan-de-slag/zelf/herkennen).
6. Staatssecretaris Martin van Rijn: Rookvrij opgroeien start in de buik. https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/01/28/van-rijn-rookvrij-opgroeien-start-in-de-buik. Zie ook de CPZ-website http://www.goedgeboren.nl/netwerk/Home/Search?query=stoppen+met+roken .
7. KNOV en NVOG. Leidraad ‘Verloskundige zorg buiten richtlijnen’ november 2015.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bevindingen en conclusies van de inventarisatie naar de stand van zaken rond de implementatie van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in ziekenhuizen in Nederland op 1 november 2011. Nota in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, februari 2012. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg: Resultaten vragenlijstonderzoek ziekenhuizen (2011).
9. Wentzel R. et al. Op weg naar een sluitende keten rond moeder en kind. Inspectieonderzoek Geboortezorg in eerstelijns verloskundige praktijken. Tijdschr v Verloskundigen 2012; 38(dec/jan):33-38. www.igz.nl/onderwerpen→

geboortezorg: Inventarisatie eerstelijns verloskundige praktijken.
10. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen. Utrecht, juni 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg:Rapport verloskundige samenwerkingsverbanden.
11. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, februari 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg: Rapport geboortezorg aan asielzoekers.
12. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verbetering nodig in de samenwerking tussen de kraamzorg en de JGZ voor verantwoorde geboortezorg. Rapport in het kader van het Toezichtonderzoek Geboortezorg. Utrecht, juni 2014. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg: Rapport kraamzorg en JGZ.
13. Toetsingskader met bronvermelding van de genoemde normen en een omschrijving van de scores wanneer (nog) niet aan de norm wordt voldaan, of aan meer dan de norm wordt voldaan. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
14. IGZ vragenlijst november 2014, geboortezorg in uw Verloskundig Samenwerkingsverband. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg
15. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Thematisch toezicht geboortezorg: een vragenlijstonderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin' bij eerder niet bezochte Verloskundige Samenwerkingsverbanden. De stand van zaken op 1 januari 2015. Utrecht, mei 2015. www.igz.nl/onderwerpen→ geboortezorg: Spiegelrapport vragenlijst 2014.
16. Brief minister Schippers, CZ/EKZ 33059270, 9 juni 2011, pagina 2.
17. Nederlandse Zorgautoriteit. Standpunten 2015. Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen, paragraaf 3.3.1 Preconceptieconsult. www.nza.nl/regelgeving/bijlagen/Standpunten_2015_beoordeling_modelovereenkomsten_en_reglementen
18. NVOG, NVA, KNOV, NVZA. Standard Operating procedure. Stappenplan voor het gebruik van remifentanil Patient-Controlled-Analgesia (PCA) als methode van pijnstilling op de verloskamers. Utrecht, mei 2014.